

خشونت خانگی از طرف همسر و پره اکلامپسی: یک مطالعه مورد - شاهدهی

معصومه کردی^۱، اکرم السادات عباس زاده^{۲*}، دکتر نغمه مخبر^۳،

دکتر مرضیه لطفعلی زاده^۴، سعید ابراهیمزاده^۵

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات اختلالات تخمک گذاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. کارشناس ارشد آمار حیاتی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۲۰

خلاصه

مقدمه: پره اکلامپسی، از عوارض شایع بارداری و از علل عمده مرگ و میر مادران است که عوامل متعددی از جمله افسردگی، استرس روانی و فیزیکی ممکن است در بروز آن نقش داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت خانگی از طرف همسر با پره اکلامپسی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مورد شاهدهی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۵۰ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی و ۱۵۰ زن سالم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی و بیمارستان های دانشگاهی دولتی و آزاد شهر مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی، فرم اطلاعات مربوط به علائم بالینی و آزمایشگاهی پره اکلامپسی، DASS ۲۱ و پرسشنامه پژوهشگر ساخته برگرفته از مقیاس حل اختلافات زناشویی اشتراوس بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آماری تی مستقل، من ویتنی، کای دو، ضریب همبستگی و مدل رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین خشونت خانگی از طرف همسر با پره اکلامپسی ارتباط معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). احتمال ابتلاء به پره اکلامپسی در صورت مواجهه با خشونت کل، ۱/۶ برابر گروه شاهد، مواجهه با خشونت روانی، ۳/۲ برابر گروه شاهد و مواجهه با خشونت جنسی، ۱/۶ برابر گروه شاهد بود. بین شدت خشونت جنسی و روانی از طرف همسر با پره اکلامپسی ارتباط معناداری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$) اما بین خشونت جسمی ($p = ۰/۴۷۵$) و آسیب ناشی از خشونت ($p = ۰/۷۶۰$) با پره اکلامپسی ارتباط معناداری وجود نداشت.

نتیجه گیری: خشونت از طرف همسر به ویژه خشونت جنسی و روانی، زمینه ساز بروز پره اکلامپسی است.

کلمات کلیدی: پره اکلامپسی، خشونت خانگی، همسر

مقدمه

پره اکلامپسی، یک اختلال چند سیستمی است که معمولاً بعد از هفته ۲۸ بارداری ظاهر شده و بر اساس میزان فشارخون، پروتئین ادرار، اختلالات عروقی و اغلب محدودیت رشد جنین طبقه بندی می شود (۱). پره اکلامپسی سومین علت مرگ و میر مادران در جهان و دومین علت شایع مرگ مادران در ایران است (۲). این سندرم باعث اختلال در عملکرد دستگاه های قلبی و عروقی، اندوکراین، متابولیک و مغز مادر شده و همچنین تغییرات عمده ای را در جریان خون محیطی ایجاد می کند. مهمترین عامل تهدید کننده جنین، کاهش جریان خون جفتی - رحمی می باشد (۳-۴) که پاتوفیزیولوژی آن علی رغم انجام مطالعات متعدد، کاملاً شناخته نشده است (۵). تئوری های متعددی از جمله تکامل غیرطبیعی جفت، تغییرات عروقی و التهابی در بارداری، انقباض عروقی و در نتیجه آسیب به اندوتلیال عروق مادر و کمبودهای تغذیه ای در این زمینه ارائه شده است (۶-۷). نتایج داده های اخیر مبنی بر بیش فعالی سیستم سمپاتیک در پره اکلامپسی، ممکن است بر نقش استرس های روحی و روانی، سیستم عصبی اتونوم و احتمالاً سیستم عصبی مرکزی به عنوان عامل خطری برای این عارضه دلالت کند (۸-۹). در مطالعه کارسیکو (۲۰۰۵)، بارداری، زایمان و سوء استفاده اجتماعی، از جمله دلایل استرس در زنان شمرده شد (۱۰). استرس ایجاد شده توسط عوامل محیطی از جمله حوادث زندگی، وضعیت اقتصادی ضعیف و خشونت های خانگی باعث تغییر محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال - جفت می شود (۱۱). این تغییرات با افزایش تولید هورمون های آزاد کننده کورتیکوتروپین از جفت و افزایش تولید هورمون آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول در گردش خون مادر و جفت همراه است (۱۱). این هورمون ها با ایجاد انقباضات عروقی، باعث آسیب به اندوتلیوم عروق می شوند. اکثر محققان، انقباضات عروقی را عامل اساسی در پیدایش پره اکلامپسی می دانند (۱۲). بارداری به تنهایی فشارهای جسمی و روانی زیادی بر فرد تحمیل می کند و همراه شدن آن با عوامل استرس زای دیگر مانند خشونت خانگی، می تواند اثرات

سویی بر مادر و جنین داشته باشد (۱۳). خشونت خانگی، شایع ترین شکل خشونت، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی می باشد (۱۴). با وجود اینکه تمام زنان در معرض خطر خشونت قرار دارند، اما برخی گروه ها مانند نوجوانان، زنان با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و زنان باردار، در معرض خطر بیشتری قرار دارند (۱۵). بارداری به دلایل مختلف از جمله کاهش روابط جنسی یا تصورات غلط در مورد بارداری، شیوع خشونت طی بارداری را تحت تأثیر قرار داده و باعث ایجاد یا تشدید آن می شود (۱۶). هر ساله حدود ۳۲۴۰۰۰ زن یا ۱ زن در هر ۱۲ زن باردار، تحت خشونت از طرف همسرانشان قرار می گیرند (۱۷). در مطالعه هاموری و همکار (۲۰۰۷) در لبنان، ۲۶٪ زنان خشونت جنسی، ۱۶/۸٪ خشونت روانی و ۱۱/۴٪ خشونت فیزیکی را طی دوران بارداری شان تجربه کرده بودند (۱۸). اغلب مطالعات انجام شده در جمعیت های آمریکا، اسکانندیناوی و اروپا نشان داده اند که ۱/۸ تا ۸/۳ درصد از زنان باردار در طی بارداری، خشونت همسر را تجربه می کنند (۱۹). جهانفر و همکاران (۲۰۰۳)، شیوع خشونت خانگی طی بارداری را در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در تهران، ۶۰/۶٪ گزارش کردند که شامل خشونت جسمی (۱۴/۶٪)، خشونت روحی روانی (۶۰/۵٪) و خشونت جنسی (۲۳/۵٪) بود (۲۰). خشونت همسر به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر پیامد بارداری اثر دارد (۲۱)، از جمله این پیامدها می توان به عفونت های ادراری، کوریوآمنیونیت، افزایش وزن نامطلوب، رژیم غذایی نامناسب، فقدان یا تأخیر در دسترسی به مراقبت های دوران بارداری، فشار خون بالا و وزن کم هنگام تولد اشاره کرد (۱۳، ۲۲). مطالعه سیلورمن و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد زنانی که طی یک سال پیش از بارداری، از طرف همسرشان مورد خشونت قرار می گیرند، خطر برخی عوارض مانند فشار خون بالا، وزن کم هنگام تولد و استفراغ شدید در آنها افزایش می یابد (۱۹). در مطالعه سانچز و همکاران (۲۰۰۷) در پرو ارتباط مستقیمی بین خشونت از طرف همسر با افزایش

فشار خون در بارداری وجود داشت (۲۳). اما در مطالعه برنسون و همکاران (۱۹۹۴)، یوست و همکاران (۲۰۰۵) در تگزاس، جهانفر و همکاران (۲۰۰۷) در مالزی و نجومی و همکار (۲۰۰۲) در تهران، بین خشونت همسر با افزایش فشار خون در بارداری و پره اکلامپسی ارتباطی وجود نداشت (۲۴-۲۷). با توجه به انجام مطالعات متناقض در این زمینه و همچنین به دلیل تأثیر عوامل اجتماعی، فرهنگی، جغرافیایی و نژاد بر نوع، فراوانی یا شدت خشونت، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خشونت خانگی از طرف همسر با پره اکلامپسی انجام شد.

روش کار

این مطالعه مورد شاهدهی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۰۰ زن باردار (۱۵۰ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی و ۱۵۰ زن باردار غیر مبتلا به پره اکلامپسی) انجام شد. پس از تأیید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه، جهت نمونه گیری در گروه شاهد، ابتدا از مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱ و ۲ و ۳ شهرستان مشهد به صورت تصادفی ۱۱ مراکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند. سپس متناسب با جمعیت مراکز، تمام زنان باردار با سن بارداری ۲۸ تا ۴۰ مراجعه کننده جهت مراقبت های دوران بارداری که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند (۲۵ نفر از مرکز شماره ۱، ۶۸ نفر از مرکز شماره ۲، ۵۷ نفر از مرکز شماره ۳). نمونه گیری در گروه مورد در بخش مامایی و زایشگاه بیمارستان های امام رضا (ع)، قائم، ام البنین (س) و ۱۷ شهریور مشهد انجام شد؛ بدین ترتیب که تمام زنان باردار ۲۸ تا ۴۰ هفته که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و طی دوران بارداری تحت نظر مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بودند، بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی و تأیید پزشک به پره اکلامپسی مبتلا بودند، به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. تشخیص پره اکلامپسی بر اساس فشارخون مساوی یا بالاتر از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و پروتئین ادرار مساوی یا بیشتر از +۱ در تست نواری ادرار بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بارداری ۲۸ تا ۴۰ هفته، سن بالای ۱۸ سال و کمتر از ۳۵ سال، بارداری

تک قلو، ملیت ایرانی، عدم وجود بیماری های طبی و مشکلات مامایی، عدم ازدواج مجدد، ازدواج قبلی همسر و حوادث استرس زا طی ۶ ماه قبل و داشتن مراقبت طی بارداری در مراکز بهداشتی و درمانی بود. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه های مربوط به مشخصات فردی و علائم بالینی و آزمایشگاهی پره اکلامپسی، دس ۲۱ (DASS-21)^۱ و پرسشنامه پژوهشگر ساخته برگرفته و اقتباس یافته از مقیاس شیوه های برخورد در اختلافات زناشویی اشتراوس (CTS-II) بود که پژوهشگر از سوالات زوج این مقیاس که خشونت شوهر به زن را می سنجد، استفاده و چندین سؤال به هر یک از خرده مقیاس های شیوه های برخورد در اختلافات زناشویی اشتراوس اضافه کرد. پرسشنامه حاصل شامل زیر مقیاس آزار جنسی (۱۱ عبارت)، خشونت جسمی (۱۵ عبارت)، خشونت روانی (۱۷ عبارت)، آزار کلامی (۷ عبارت) و آسیب (۶ عبارت) بود. یک سؤال مربوط به خشونت غیر همسر که طی دوران بارداری فرد با آن مواجه شده بود نیز در انتهای مقیاس مطرح شده بود. روایی پرسشنامه مشخصات فردی و علائم بالینی و آزمایشگاهی پره اکلامپسی به روش روایی محتوا و پایایی آن ها به شیوه توافق ارزیاب ها تعیین شد. روایی مقیاس افسردگی، استرس و اضطراب توسط ملاهادی (۱۳۸۹) مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/77$) تأیید شد. روایی مقیاس حل اختلافات زناشویی اشتراوس که حاوی ۵۷ سؤال در زمینه های خشونت کلامی، روانی، جنسی، جسمی و آسیب ناشی از خشونت بود، به روش روایی محتوا و پایایی آن با روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد ($\alpha=0/73$). پس از کسب رضایت از واحدهای پژوهش، ابتدا پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی و علائم بالینی و آزمایشگاهی پره اکلامپسی و دس ۲۱ توسط پژوهشگر تکمیل شد، سپس پرسشنامه مربوط به خشونت خانگی، در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت و توسط خود آنها تکمیل شد و در صورتی که سؤالی برای واحد پژوهش ابهام داشت،

¹ Depression Anxiety and Stress Scales

شانس مورد محاسبه قرار گرفت. میزان p کمتر از 0.05 معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

دو گروه مورد مطالعه از نظر سن مادر و تعداد زایمان همسان بودند. میانگین سن مادران در گروه مورد $27/7 \pm 5/1$ سال و در گروه شاهد $26/7 \pm 4/7$ سال بود. 53 نفر ($35/3\%$) از افراد گروه مورد و 52 نفر (35%) در گروه شاهد نولی پار بودند. دو گروه از نظر جنس نوزاد ($p=0/083$) و شغل زن ($p=0/394$) همگن بودند؛ به گونه ای که 72 نفر (52%) از نوزادان گروه مورد و 87 نفر (58%) در گروه شاهد پسر بودند و 132 نفر ($92/7\%$) از زنان گروه مورد و 140 نفر ($93/4\%$) در گروه شاهد خانه دار بودند. دو گروه از نظر گروه خونی و RH، فاصله بین بارداری فعلی با بارداری قبلی، فاصله اولین نزدیکی تا بارداری و طبقه اجتماعی اقتصادی همگن بودند (جدول ۱).

پژوهشگر توضیحات لازم را می داد. فشارخون واحدهای پژوهش توسط پژوهشگر، از دست راست و در حالت نشسته اندازه گیری می شد و در صورت لزوم، آزمایش ادرار جهت بررسی پروتئین ادراری درخواست می شد. افرادی که فاقد پره اکلامپسی بودند، به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند و تا 24 ساعت پس از زایمان جهت اطمینان از عدم بروز پره اکلامپسی و مشکلات دیگر پیگیری شدند، در صورت بروز پره اکلامپسی از گروه شاهد حذف و وارد گروه مورد می شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه $11/5$) و روش های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. جهت دستیابی به اهداف پژوهش و جهت مقایسه میانگین های کمی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا از آزمون من ویتنی، جهت مقایسه متغیرهای کیفی بین دو گروه از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر و برای مقایسه متغیرهای کمی غیر نرمال در دو گروه از آزمون من ویتنی استفاده شد. همچنین پس از تعیین وجود ارتباط بین پره اکلامپسی و خشونت خانگی، نسبت

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب گروه خونی و RH، فاصله بارداری قبلی تا بارداری فعلی و فاصله اولین نزدیکی تا بارداری، طبقه اجتماعی اقتصادی، در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه						
	مورد		شاهد		کل		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
گروه خونی	A	52	34/7	46	30/7	98	32/7
	B	36	24/0	29	19/3	65	21/6
	AB	14	9/3	15	10/0	29	9/7
	O	48	32/0	60	40/0	108	36/0
کل	150	100/0	150	100/0	300	100/0	
RH	مثبت	135	90/0	129	86/0	264	88/3
	منفی	15	10/0	21	14/0	36	11/7
	کل	150	100/0	150	100/0	300	100/0
فاصله بارداری قبلی تا بارداری فعلی (مولتی گراوید)	< 60 ماه	51	58/6	53	52/5	104	55/3
	60-120	28	32/2	43	42/5	71	37/8
	> 120 ماه	8	9/2	5	5/0	13	6/9
	کل	87	100/0	101	100/0	188	100/0
فاصله اولین نزدیکی تا بارداری (پرایمی گراوید)	< 4 ماه	17	27/0	16	32/7	33	29/5
	≥ 4 ماه	46	73/0	33	67/3	79	70/5
	کل	63	100/0	49	100/0	112	100/0

طبقه اجتماعی-اقتصادی	طبقه دو	۱۰۱	۶۷/۳	۱۲۲	۸۱/۴	۲۲۳	۸۰/۶	آزمون کای دو
	طبقه سه	۴	۲۶/۷	۲۴	۱۶/۰	۶۴	۲۱/۳	$X^2=۲/۲۱۰$
	طبقه چهار	۹	۶/۰	۴	۲/۷	۱۳	۴/۴	df=۲
	کل	۱۵۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	۱۰۰/۰	۳۰۰	۱۰۰/۰	P=۰/۳۳۱

اکلامپسی و فشارخون بارداری در مادر و ۱۰۰ نفر از افراد مورد مطالعه سابقه پره اکلامپسی و فشارخون بارداری در خواهر داشتند. میانگین شاخص توده بدنی در گروه پره اکلامپسی $۲۶/۳۰ \pm ۵/۲۳$ کیلوگرم بر متر مربع و در گروه غیر پره اکلامپسی $۲۴/۷ \pm ۴/۷۱$ کیلوگرم بر متر مربع بود. بر اساس آزمون تی مستقل، دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p=۰/۰۱۹$). دو گروه از نظر میزان خواب ۲۴ ساعته و سن بارداری همگن بودند و از نظر وزن هنگام تولد نوزاد، تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p=۰/۰۰۸$) (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه از نظر استفاده از روش های پیشگیری از بارداری ($p=۰/۱۰۵$)، سابقه پره اکلامپسی و فشار خون بارداری در خود و فامیل درجه یک همسان بودند ($p=۰/۶۸۴$)؛ به گونه ای که ۹۰ نفر (۵۸٪) از افراد گروه مورد و ۷۳ نفر (۴۸٪) در گروه شاهد از روش های پیشگیری از بارداری استفاده کرده بودند و ۶ نفر (۴٪) از افراد گروه مورد و ۸ نفر (۵/۴٪) در گروه شاهد، سابقه پره اکلامپسی داشتند. ۱۶ نفر (۱۰/۷٪) از افراد گروه مورد و ۱۴ نفر (۹/۳٪) در گروه شاهد سابقه فشارخون بارداری قبلی داشتند. ۲۰۰ نفر (۶۶/۷٪) از افراد مورد مطالعه، سابقه پره

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب ساعات خواب، سن بارداری و وزن هنگام تولد نوزاد در دو گروه مورد و شاهد

نتایج آزمون من ویتنی	گروه						متغیر
	کل		شاهد		مورد		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$Z=-۰/۷۱۷$ $p=۰/۴۷۴$	۵۰	۱۵	۶۰	۹	۴۰	۶	کمتر از ۶
	۶۶/۳	۱۹۹	۶۶/۷	۱۰۰	۶۶/۰	۹۹	۶-۱۰
	۲۸/۷	۸۶	۲۷/۳	۴۱	۳۰/۰	۴۵	بیشتر از ۱۰
	۱۰۰/۰	۳۰۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	کل
$Z=-۰/۲۹۷$ $p=۰/۷۶۷$	۲۵/۰	۷۵	۲۷/۳	۴۱	۲۲/۷	۳۴	کمتر از ۳۲
	۵/۷	۱۷	۴/۷	۷	۶/۷	۱۰	۳۲-۳۳
	۵/۷	۱۷	۲۷/۳	۴۱	۲۸/۷	۴۳	۳۴-۳۶
	۴۱/۳	۱۲۴	۴۰/۷	۶۱	۴۲/۰	۶۳	بیشتر از ۳۷
	۱۰۰/۰	۳۰۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	کل
$Z=-۲/۶۵۳$ $p=۰/۰۰۸$	۷/۳	۲۲	۳/۳	۵	۱۱/۳	۱۷	کمتر از ۲۵۰۰
	۹۲/۷	۲۷۸	۹۶/۷	۱۴۵	۸۸/۷	۱۳۳	۲۵۰۰-۴۰۰۰
	۱۰۰/۰	۳۰۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	کل

که در گروه مورد (پره اکلامپسی)، میانگین نمره خشونت روانی، جنسی و خشونت کل به ترتیب ۹/۵۷، ۵/۳۹ و ۲۳/۹۱ و در گروه شاهد (عدم ابتلاء به پره اکلامپسی) ۴/۴۳، ۳/۰۱ و ۱۹/۶۱ بود. همچنین در گروه مورد، میانگین نمره خشونت کلامی، جسمی و آسیب ناشی از خشونت به ترتیب ۷/۸۸، ۲/۲۶ و ۰/۱ و در گروه شاهد ۱۰/۰۱، ۰/۹۸ و ۰/۲ بود (جدول ۳).

نتیجه آزمون کای دو نشان داد که بین دو گروه مبتلا به پره اکلامپسی (مورد) و غیر مبتلا به پره اکلامپسی (شاهد) از نظر وجود خشونت کل ارتباط معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$) (جدول ۳). بین خشونت جسمی ($p=۰/۴۷۵$) و آسیب ناشی از خشونت ($p=۰/۷۷۰$) با پره اکلامپسی ارتباط معناداری وجود نداشت اما بین خشونت جنسی و روانی از طرف همسر با پره اکلامپسی ارتباط معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ به گونه ای

جدول ۳- توزیع فراوانی وجود خشونت کل در دو گروه مورد و شاهد

نسبت شانس	نتیجه آزمون کای دو	گروه				مورد		متغیر	
		کل		شاهد		درصد	تعداد	درصد	تعداد
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
OR=۱/۴/۹۵	$\chi^2=۱۲/۷۳۳$	۳۸/۰	۱۱۴	۲۸/۰	۴۲	۴۸/۰	۷۲	دارد	وجود
CI:۱/۱-۱/۷	df=۱	۶۲/۰	۱۸۶	۷۲/۰	۱۰۸	۵۲/۰	۷۸	ندارد	خشونت
	p<۰/۰۰۱	۱۰۰/۰	۳۰۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	۱۰۰/۰	۱۵۰	کل	کل

به منظور تعیین میزان اثر متغیرهایی که در دو گروه یکسان نبودند، از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد. نتیجه مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که فقط زمان ورزش می تواند به عنوان عامل مخدوش کننده باشد ($p=۰/۰۲۹$) که با توجه به میزان ضریب بتا می توان گفت افرادی که ورزش می کنند تنها ۱٪ دچار پره اکلامپسی نمی شوند.

۵۸ نفر (۱۹/۳٪) از افراد طی یک سال گذشته تحت خشونت غیر همسر (والدین خود یا همسر، خویشاوندان و افراد دیگر) بودند که بر اساس آزمون آماری کای دو، دو گروه از نظر وجود خشونت از طرف غیر همسر همگن بودند. ۸۱ نفر (۵۴٪) از افراد گروه مورد و ۴۰ نفر (۴۰٪) از افراد گروه شاهد، خشونت یک سال قبل از بارداری داشتند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه از نظر خشونت یک سال قبل از بارداری تفاوت معنی داری داشتند ($p=۰/۰۱۵$).

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اجزاء خشونت واحدهای پژوهش به تفکیک در دو گروه مورد و شاهد

نسبت شانس	نتیجه آزمون من ویتنی	گروه		متغیر
		شاهد		
		انحراف معیار ± میانگین	مورد	
OR= ۳/۲/۹۵	Z=-۸/۸۸۰	۴/۴۳±۴/۳۵	۹/۵۷±۴/۹۸	خشونت روانی
CI: ۲/۳۱-۴/۵۶	P<۰/۰۰۱			
OR= ۰/۶/۹۵	Z=-۴/۹۰۱	۱۰/۰۱±۴/۶۹	۷/۸۸±۳/۰۲	خشونت کلامی
CI: ۰/۴۸-۰/۷۷	P<۰/۰۰۱			
OR= ۱/۶/۹۵	Z=-۶/۲۱۰	۳/۰۱±۳/۳۲	۵/۳۹±۳/۸۲	خشونت جنسی
CI: ۱/۲۴-۲/۱۲	P<۰/۰۰۱			
-	Z=-۰/۷۱۵	۲/۲۶±۴/۴۴	۰/۹۸±۱/۸۱	خشونت جسمی
	P=۰/۴۷۵			
-	Z=۱/۱۱۷	۰/۲±۱/۴	۰/۱±۰/۴	آسیب ناشی از خشونت
	P=۰/۷۷۰			
OR= ۱/۶/۹۵	Z=-۴/۲۶۶	۱۹/۶۱±۹/۳۱	۲۳/۹۱±۹/۹۸	خشونت کل
CI: ۱/۲-۲/۱	P<۰/۰۰۱			

خشونت، ۱/۶ برابر گروه شاهد بود. همچنین بیشترین احتمال ابتلاء به پره اکلامپسی، مواجهه با خشونت روانی و در مرتبه بعدی، خشونت جنسی بود که با نتایج مطالعه سانچز و همکاران (۲۰۰۷) در پرو که با هدف تعیین ارتباط بین خشونت خانگی با پره اکلامپسی انجام شد، همخوانی داشت. در مطالعه سانچز، خشونت

بحث

در مطالعه حاضر خشونت خانگی از طرف همسر با پره اکلامپسی ارتباط داشت. شیوع خشونت خانگی از طرف همسر در گروه مبتلا به پره اکلامپسی ۴۸٪ و در گروه غیر مبتلا به پره اکلامپسی ۲۸٪ بود و نسبت شانس ابتلاء به پره اکلامپسی در گروه مورد در صورت وجود

کل شامل دو نوع خشونت جسمی و روانی بود و شیوع آن در گروه مبتلا به پره اکلامپسی ۴۳/۱٪ و در گروه غیر مبتلا به پره اکلامپسی ۲۴/۳٪ بود (۲۳). در مطالعه حاضر خشونت کل شامل: ۵ نوع خشونت کلامی، روانی، جنسی، جسمی و آسیب ناشی از خشونت بود، با این حال ۴۵/۳٪ افراد در گروه مورد و ۲۲٪ در گروه شاهد در مجموع خشونت روانی و جسمی داشتند. استرس های روانی با تغییر در سبک زندگی و تغییر در سطح هورمون های محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال-جفت در بروز پره اکلامپسی نقش دارند (۲۸). در مطالعه جهانفر و همکاران (۲۰۰۷) در پراک، ارتباطی بین خشونت و پره اکلامپسی مشاهده نشد (۲۶). در مطالعه جهانفر، ارتباط بین خشونت با پره اکلامپسی به عنوان یکی از یافته های جانبی گزارش شد و تنها ۱۰/۴٪ افراد به پره اکلامپسی مبتلا بودند، در صورتی که در مطالعه حاضر، پره اکلامپسی به عنوان متغیر اصلی مطالعه بود و بر روی ۱۵۰ زن مبتلا به پره اکلامپسی انجام شده بود. نتایج مطالعه کرنی و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف تعیین پیامدهای تولد و عوارض مادری در زنان باردار خشونت دیده در شرق ماساچوست و با ابزار سنجش خشونت شاخص ارزیابی خشونت (دربردارنده سه نوع خشونت روانی، جنسی و جسمی) انجام شد، نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین خشونت خانگی از طرف همسر و فشار خون بارداری وجود دارد (۲۹). به طوری که خطر بروز ابتلاء به فشارخون القاء شده توسط بارداری در زنان خشونت دیده، ۲ برابر بیشتر بود. در مطالعه حاضر خطر بروز ابتلاء به پره اکلامپسی در افراد دارای خشونت، ۱/۶ برابر افراد بدون خشونت بود. در مطالعه کرنی، پرسشنامه استفاده شده تنها شامل ۵ سؤال با محتوای خشونت جنسی، روانی و فیزیکی بود و افرادی به عنوان افراد تحت خشونت تعریف می شدند که به ۲ سؤال از ۵ سؤال پاسخ مثبت می دادند. اما در مطالعه حاضر پرسشنامه استفاده شده شامل ۵۷ سؤال با محتوای خشونت روانی، جنسی، جسمی، کلامی و آسیب ناشی از خشونت بود و افرادی به عنوان افراد تحت خشونت

محسوب می شدند که نمره خشونت کسب شده آنها بیشتر از میانگین نمره خشونت باشد. در مطالعه حاضر، نسبت شانس ابتلاء به پره اکلامپسی در گروه مورد در صورت مواجهه با خشونت جنسی، ۱/۶ برابر گروه شاهد و شیوع آن ۳۸/۷٪ بود. همچنین در مطالعه حاضر، خشونت طی دوران بارداری و حداکثر ۵ ماه قبل از بارداری بررسی شد که اکثر این بازه زمانی، مربوط به دوره بارداری می شود. رودگرز و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه مروری خود تحت عنوان "آسیب های جنسی و بارداری" نشان دادند که زنان تحت خشونت جنسی، بیشتر در معرض بیماری های مزمن از جمله مشکلات قلبی، آرتروز، عفونت های تنفسی، فشارخون بالا و آسم قرار دارند (۳۰). در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۷)، با وجود کاهش شیوع خشونت جنسی طی بارداری، اما اعلام ناراضیاتی از رابطه جنسی توسط زن، درخواست رابطه جنسی غیر مهیلبی بدون رضایت زن، استفاده از تهدید یا زور برای داشتن رابطه جنسی غیر مهیلبی طی این دوره افزایش یافته بود (۳۱). در مطالعه حاضر نیز ۵۴/۳٪ زنان با اصرار همسرشان روش های غیر معمول ارتباط جنسی با همسر خود داشتند. در مطالعه حاضر بیشترین نوع خشونت، خشونت کلامی بود (۵۰/۷٪)؛ به گونه ای که ۳۸/۷٪ افراد در گروه مورد و ۶۲/۷٪ در گروه شاهد تحت خشونت کلامی بودند. همچنین ۱۰٪ افراد در گروه مورد و ۹۸/۷٪ افراد در گروه شاهد، خشونت کلامی خفیف داشتند، لذا خشونت کلامی نمی تواند به عنوان عامل خطری برای بروز پره اکلامپسی باشد. در مطالعه حاضر برخی سؤالات مربوط به خشونت کلامی از جمله عدم ابراز علاقه به صورت کلامی برای افراد، خشونت تلقی نشد و آن را به عنوان نوعی عادت برای مردان می دانستند، بنابراین برای افراد، به عنوان یک عامل استرس زا تلقی نشد یا استرس زیادی ایجاد نمی کرد. نتایج مطالعه یوست و همکاران (۲۰۰۵) که در بخش لیبر و زایمان بیمارستان پارکلند انجام شد، نشان داد که ارتباطی بین خشونت جسمی و کلامی طی بارداری و پره اکلامپسی وجود ندارد (۲۵).

بررسی شد (۳۴). در مطالعه نجومی و همکاران (۲۰۰۲) که بر روی ۴۰۶ نفر از زنان زایمان کرده و بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انجام شد، ارتباطی بین خشونت جسمی و پره اکلامپسی مشاهده نشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۷). در مطالعه حاضر آسیب ناشی از خشونت نیز با پره اکلامپسی ارتباط آماری معنی داری نداشت. این مسئله ممکن است به دلیل پراکندگی بالای نمره آسیب در افراد مورد مطالعه و پایین بودن شیوع خشونت جسمی باشد؛ به گونه ای که تنها ۵٪ افراد دچار آسیب شده بودند.

در مطالعه حاضر، خشونت همسر طی بارداری با بروز پره اکلامپسی ارتباط داشت. بنابراین انجام غربالگری جهت شناسایی و حمایت از زنان تحت خشونت در سنین باروری به خصوص طی دوران بارداری، امری ضروری به نظر می رسد.

از نکات قوت این مطالعه نسبت به مقالات انجام شده در این زمینه، بررسی همزمان ارتباط انواع مختلف خشونت بر پره اکلامپسی، نمونه گیری از مناطق و مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان های مختلف شهر مشهد و همسان نمودن تا حد امکان دو گروه مورد و شاهد بود. از محدودیت های این مطالعه این بود که ملاک سنجش خشونت از طرف همسر اظهارات واحد پژوهش بود، همچنین شاخص توده بدنی بر اساس میزان ثبت شده در پرونده زن باردار بود و در صورت عدم ثبت شاخص توده بدنی در پرونده، صحت اظهارات واحد پژوهش در مورد وزن قبل از بارداری ملاک قرار داده شد. همچنین در این مطالعه افراد مبتلا به پره اکلامپسی افرادی بودند که از مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد به بیمارستان های مورد مطالعه ارجاع می شدند و به خاطر محدودیت زمانی، امکان نمونه گیری از افراد ارجاع شده از ۱۱ مراکز انتخاب شده در گروه شاهد نبود، اما همسان نمودن در دو گروه تا حد امکان صورت گرفت.

در مطالعه حاضر شیوع خشونت جسمی ۲۴/۷٪ بود و نشان داد که خشونت جسمی به عنوان عامل خطری برای پره اکلامپسی محسوب نمی شود. نتایج برخی مطالعات نشان داده اند که خشونت جسمی بیشتر، با آسیب های جسمی به مادر و جنین همراه است (۳۲-۳۳). در مطالعه سانچز نیز خشونت جسمی به تنهایی با افزایش پره اکلامپسی همراه نبود اما در صورت همراه بودن با خشونت روانی، نسبت شانس ابتلاء به پره اکلامپسی ۱/۶ برابر افزایش داشت (۲۳). در مطالعه حاضر نیز نسبت شانس ابتلاء به پره اکلامپسی با در نظر گرفتن مجموع خشونت جسمی و روانی، ۲/۳ برابر افزایش داشت.

نتایج مطالعه سیلورمن و همکاران (۲۰۰۶) که در بین زنان زایمان کرده ساکن ۲۶ ایالات آمریکا انجام شد، نشان داد که خطر بروز ابتلاء به فشار خون بارداری در صورت مواجهه با خشونت جسمی طی بارداری، ۱/۳۵ برابر و در صورت مواجهه با خشونت جسمی قبل از بارداری، ۱/۵۸ برابر است (۱۹). در مطالعه حاضر نیز خطر بروز ابتلاء به پره اکلامپسی در صورت مواجهه با خشونت خانگی از طرف همسر یک سال قبل از بارداری، ۱/۴ برابر گروه شاهد بود. نتایج مطالعه سیلوراز نظر خشونت جسمی با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. ابزار مورد استفاده در مطالعه وی پرسشنامه ای خود ساخته با یک سؤال بود، در حالی که در مطالعه حاضر از ابزار سنجش استاندارد حاوی ۱۲ سؤال با محتوای خشونت جسمی استفاده شد. در مطالعه سیلورمن، زمان تکمیل پرسشنامه توسط واحدهای پژوهش ۲ تا ۶ ماه پس از زایمان بود که به نظر می رسد این موضوع در به یادآوری تجربه خشونت و صحت گزارش تأثیرگذار باشد. مطالعه کوکر و همکاران (۲۰۰۰) در کارولینای جنوبی که بر روی ۶۷۱۸ نفر انجام شد، خشونت جسمی در ابتلاء به فشار خون بارداری مؤثر بود. در این مطالعه نسبت شانس ابتلاء به فشارخون بارداری در زنان تحت خشونت، ۱/۸ برابر زنان بدون تجربه خشونت بود. در مطالعه کوکر، خشونت فیزیکی در طول بارداری با استفاده از دو سؤال از یک پرسشنامه ۱۸ آیتمی از رویدادهای پراسترس زندگی

نتیجه گیری

خشونت از طرف همسر به ویژه خشونت جنسی و روانی، زمینه ساز بروز پره اکلامپسی است. بنابراین انجام غربالگری قبل و طی بارداری توسط کارکنان بهداشتی ضروری است.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه تحقیقاتی مصوب ۱۳۹۰/۳/۱۱ با کد ۹۰۰۰۱۱ می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شد، بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York:McGraw-Hill;2010.
- Dizavandi E, Kordi M, Seiedalavi G, Shakery MT. [The effect of calcium in prevention of hypertension disorder in pregnant women without delivery history]. Mashhad:Midwifery and Nursing College;1995. [in Persian].
- Hill H. Antioxidant vitamin might prevent pre-eclampsia, Nurs Stand 2001;15(43):
- James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High-risk pregnancy management options. 2nd ed. London: W.B. Saunders; 2000. pp. 639-50.
- Nikpour S, Kashani ZA, Mokhtarshahi MS, Parsay S, Nooritajer M, Haghani H. [Study of the correlation of the consumption of vitamin C-rich foods with preeclampsia and eclampsia in women rReferred to Shahid Akbarabadi Hospital in Tehran] [Article in Persian]. J Iran Univ Med Sci 2007;54(14):179-91.
- Mortazavi F, Koshki A, Akabery A. [Nutrient intake and hypertensive disorders of pregnancy] [Article in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 2009;2(16):100-7.
- Slibia BM, Koch MA, Freire S, Pinto e Silva JL, Rudge MV, Martins-Costa S, et al. Serum inhibin A and angiogenic factor level in pregnancies with previous preeclampsia and/or choronic hypertension: are they useful markers for prediction of subsequet preeclampsia? Am J Obstet Gynecol 2008 Sep;199(3):268.el-9.
- Kurki T, Iilesmaa V, Raitsalo R, Mattila H, Ylikorkkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstet Gynecol 2000 Apr;95(4):487-90.
- Fortner RT. Modifiable risk factors for hypertensive disorders of pregnancy among latina women [Dissertation]. Massachusetts:University of Massachusetts Amherst In Partial Fulfilment;2009.
- Carcico H. A guide to health promotion and disorder management. Womens Health 2005:75-105.
- Tally P, Heitkemper M, Chicz-Demet A, Sandman A. Male violence, stress, and neuroendocrine parameters in pregnancy: a pilot study. Biolo Res Nurs 2006 Jan;7(3):222-33.
- Shahnaz AB. [Hypertension in pregnancy: preeclampsia and eclampsia]. Kerman:Kerman University Of Medical Science2002. [in Persian].
- Bodaghabadi M. [Study of the pregnancy outcome in victims of domestic violence refering to Mobini Hospital in Sabzevar, Iran] [Article in Persian]. J Sabzevar Univ Med Sci 2005 Autumn;12(3):41-6.
- Bakhtiari A, Omidbakhsh N. [A comparative study of the context violence against women in the family in referred to the coroner of Babol] [Article in Persian]. J Kermanshah Univ Med Sci 2003;7(4):28-35.
- Behnam H, Vahideh M, Atefeh S. [The evaluate the frequency and severity of domestic violence in pregnancy] [Article in Persian]. J Gonabad Univ Med Sci 2007;2(14):70-6.
- Guo SF, Wu JL, Qu CY, Yan RY. Domestic abuse on women in China before, during, and after pregnancy. Chin Med J (Engl) 2004 Mar;117(3):331-6.
- Parson L, Goodwin MM, Petersen R. Violence against women and reproductive health: toward defining a role for reproductive health care services. Matern Child Health 2000 Jun;4(2):135-40.
- Hammoury N, Khawaja M. Screening for domestic violence during pregnancy in an antenatal clinic in Lebanon Eur J Public Health 2007 Dec;17(6):505-6.
- Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. Am J Obstet Gynecol 2006 Jul;195(1):140-8.
- Jahanfar A, Malekzadegan A, Jamshidi R. [Prevalence of domestic violence among expectant mothers who had attended in Iran University of Medical Sciences (IUMS) hospitals] [Article in Persian]. Quarter Iran Nurs 2003;16(33):93-9.
- Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. [Prevalence of maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy] [Article in Persian]. Acta Med Iran 2004;43 (2):22-115.
- Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. J Obstet Gynecol 2008 Apr;28(3):266-71.

23. Sanchez SE, Qiu C, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007 Mar;137(1):50-5.
24. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1994 Jun;170(6):61-4.
25. Yost NP, Bloom SL, McIntir DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005 Jul;106(1):61-5.
26. Jahanfar S, Kamarudin EB, Sarpin MA, Zakaria NB, Abdul Rahman RB. The prevalence of domestic violence against pregnant women in Perak, Malaysia. *Arch Iran Med* 2007 Jul;10(3):376-8.
27. Nougomi M, Akrami Z. [Physical violence during pregnancy and maternal and neonatal outcomes] [Article in Persian]. *Payesh J* 2002. Winter;2(1):43-8.
28. Seng JS. A conceptual framework for research on lifetime violence, posttraumatic stress, and childbearing. *J Midwifery Womens Health* 2002 Sep-Oct;47(5):337-46.
29. Kearney MH, Haggerty LA, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(4):345-9.
30. Rodgers CS, Lang AJ, Twamley EW, Stein MB. Sexual trauma and pregnancy: a conceptual framework. *J Womens Health (Larchmt)* 2003 Dec;12(10):961-70.
31. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavimajd H. [Evaluation of health outcomes with relation to intimate partner abuse among pregnant women attending Gachsaran Hospital in 2007] [Article in Persian]. *J Qom Univ Med Sci* 2009;2(4):43-50.
32. Ansari H, Parisay Z, Rahimi E, Rakhshani F. [The relationship between violence exposure and neonatal low birth weight: a casecontrol study] [Article in Persian]. *J Jahrom Univ Med Sci* 2008 Autumn-Winter;6(2):17-26.
33. Edwards G, Byrom S. *Essential midwifery practice*. public health. Oxford:Blackwell Pub.;2007
34. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Medical* 2000 May;9(5):451-7.